

KAJIAN PELAKSANAAN KEGIATAN PEMBINAAN KESEHATAN REPRODUKSI UNTUK MEMPERCEPAT PENURUNAN AKI DAN AKB

(Andryansyah Arifin, Tri Juni Angkasawati, Made Asri Budisuari, Turniani, Bambang Wasito,
Fachrudi, Hidayad Heny, Astridya)

ABSTRAK

Dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi Depkes telah mengembangkan program Making Pregnancy Safer bersama WHO. Disamping MPS, telah dilakukan berbagai upaya untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak baik oleh pemerintah melalui program kesehatan reproduksi (Depkes), program Gerakan Sayang Ibu (GSI) ataupun dengan bantuan lembaga donor, seperti: 1) oleh JICA, USAID, AUSAID, Bank Dunia (SMPFA) dan UNICEF .

Masalah yang diteliti adalah teknologi (metoda, bahan dan alat) yang telah digunakan (lesson learned) untuk intervensi kesehatan kesehatan reproduksi (ibu, neonatus, bayi, , dan remaja) yang memberikan kontribusi positif untuk akselerasi penurunan AKI dan AKB. Efektivitas tiap jenis intervensi dan kelangsungan kegiatan intervensi di masing-masing lokasi pasca bantuan donor

Rancangan penelitian yang digunakan rancangan observasioan analitik. Penelitian ini merupakan penelitian terapan pada organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas, RSUD serta Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana. Adapun lokasi penelitian dilakukan di 13 lokasi kabupaten (6 lokasi di propinsi Jawa Timur, 3 lokasi kabupaten di propinsi Jawa Tengah, masing-masing 1 lokasi kabupaten di propinsi Jawa Barat, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Selatan dan Kalimantan Selatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat berbagai hasil positif (best practice and lesson learned) khususnya aspek peningkatan kapasitas kemampuan teknis petugas kesehatan (bidan dan dokter) dalam pelayanan persalinan dan gawat darurat kebidanan dan neonatal, serta kemampuan komunikasi interpersonal dan konseling. Juga terjadi peningkatan peran serta masyarakat dalam kesehatan reproduksi.

Hal yang masih kurang dalam pelaksanaan program dan kesinambungannya adalah masih kurangnya kerjasama lintas program (program masih terkotak-kotak), kurangnya kerjasama

lintas sektor dan kurangnya prioritas program untuk mencegah 2 terlambat (terlambat mendeteksi dan terlambat memutuskan untuk dirujuk serta terlambat transportasi untuk sampai ke tempat rujukan) serta mengurangi 4 terlalu (terlalu muda, terlalu sering, terlalu banyak dan terlalu tua punya anak) dan terutama kurangnya dukungan dana dari Pemda untuk kelangsungan program pasca bantuan lembaga donor

Kata kunci: Kajian, Pembinaan, Kesehatan Reproduksi, Percepatan Penurunan AKI dan AKB

UPAYA PENINGKATAN AKSES TERHADAP INFORMASI DAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA BERKUALITAS DALAM RANGKA PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI

(Bambang W Tjipto, Made A Budisuari, Evie Sopacua, Suharmiati, Adianti Handajani)

ABSTRAK

Penelitian ini mempunyai tujuan (1) Mengkaji perubahan struktur organisasi dan kegiatan BKKBN tingkat Kabupaten dalam era desentralisasi (2) Mengkaji informasi keluarga berencana (KB) yang diterima oleh pasangan usia subur (PUS) (3) Mengkaji pemberian informasi oleh provider melalui pelayanan KB yang berkualitas di Puskesmas dan RSUD (4) Mengembangkan pola peningkatan akses informasi yang berkaitan dengan 4 terlalu, dan pelayanan Keluarga Berencana (KB) berkualitas yang berdampak pada percepatan penurunan AKI dan AKB.

Penelitian ini adalah penelitian Terapan Analisa data secara diskriptif, dengan mengambil lokasi penelitian di tiga provinsi, yaitu Provinsi Jawa Timur (Kabupaten Trenggalek dan Kabupaten Malang), Provinsi Kalimantan Tengah (Kabupaten Kuala Kapuas dan Kota Palangkaraya), Provinsi Bali (Kabupaten Klungkung dan Kabupaten Buleleng). Subyek penelitian adalah *Stakeholder* Kesehatan pada level Provinsi, Kabupaten /Kota dan Kecamatan, BKKBD Level Provinsi dan Kabupaten/Kota, Pasangan Usia Subur (PUS). Data dikumpulkan dengan teknik kuisioner (angket), wawancara, diskusi kelompok terarah, dan pengamatan data sekunder.

Hasil penelitian di ketiga provinsi menunjukkan bahwa (1) bahwa struktur organisasi BKKBN Kabupaten/Kota era desentralisasi sebagian besar bergabung dalam Badan Dukcapil dan PLKB di Puskesmas berkantor di Kecamatan dengan tupoksi KIE tentang KB ke masyarakat tetapi status kurang jelas, (2) Penerimaan informasi KB oleh peserta KB dari lain-lain lebih besar dari petugas kesehatan perlu diperhatikan, (3) pelayanan informasi KB berkualitas oleh Bidan, rata-rata cukup tetapi khususnya tentang *informed Choice* dan penapisan klien untuk kelaikan medik masih kurang. Pemahaman alkon dan jenisnya berkaitan dengan indikasi, kontra indikasi, manfaat dan efek samping / keterbatasan masing-masing jenis juga masih kurang pada sebagian besar responden terutama di Provinsi Kalimantan Tengah, (4) Pola peningkatan akses informasi tentang Keluarga Berencana (KB) berkualitas yang berdampak pada percepatan penurunan AKI dan AKB diperlukan dengan pelatihan intensif kepada bidan dalam bentuk kalakarya atau pendampingan.

Dalam penelitian ini telah direkomendasikan :

1. Perlu peningkatan pengetahuan tentang Informed Choice, penapisan klien dan Informed consent kepada pelaksana pelayanan KB di Puskesmas dan RS sehingga dapat memberikan informasi dan pelayanan KB yang berkualitas.
2. Perlunya dilakukan pelatihan yang berkesinambungan cara memberi informasi yang baik dan pelayanan yang berkualitas dengan menggunakan lembar balik, secara nasional .
3. Sebaiknya pengadaan alkon , pelayanan KB dan pelaporannya dilaksanakan melalui satu pintu yaitu di Puskesmas yang lebih memahami masalah pelayanan dan efek samping dari kontrasepsi dengan regulasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan koordinasi BKKB Kabupaten/Kota.
4. Untuk Gakin tersedia Askeskin sehingga penyediaan Alkon dapat saja disediakan Puskesmas sesuai kebutuhan, sedang untuk non Gakin disediakan lewat APBD.
5. Keterbatasan penelitian ini menyebabkan sampel yang diambil belum dapat digeneralisasi, sehingga perlu dilakukan penelitian dengan sampel yang lebih representatif sehingga dapat diperoleh hasil yang lebih baik untuk generalisasi.

UPAYA PENINGKATAN MANAJEMEN PERTOLONGAN PERSALINAN DAN PASCA PERSALINAN OLEH BIDAN DI RUMAH DAN FASILITAS KESEHATAN

(Didik Budijanto, Wasis Budiarto, Betty Roosihelmiati, Sarwanto, Hariadi Suparto, Darul Madjedi, Lukman Hendro Laksmono)

ABSTRAK

Penelitian ini dilakukan mengingat sampai sejauh ini evaluasi mengenai Intensitas pengetahuan, sikap dan ketrampilan pada aspek APN (Asuhan Persalinan Normal) , KIP/K (Komunikasi Interpersonal dan Konseling) dan PWS-KIA (Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu-Anak) belum pernah dilakukan, meskipun pelatihan-pelatihan sering dilakukan.

Tujuan penelitian ini adalah mengukur tingkat kemampuan (pengetahuan, sikap dan ketrampilan) tentang APN, KIP/K dan PWS-KIA berdasarkan Intensitasnya. Rancangan penelitian digunakan secara diskriptif dengan populasi seluruh bidan yang berada di daerah penelitian (6 lokasi penelitian) di propinsi Jawa Timur, Sulawesi Selatan dan Sulawesi Utara. Sampel diambil secara random sederhana dengan jumlah 15 orang tiap lokasi penelitian (total 90 orang bidan). Variabel yang diukur adalah pengetahuan (tahu, pemahaman, aplikasi, analisis, sintesis, evaluasi) ; sikap (kognitif, afektif dan konatif) dan Skill / ketrampilan (intelektual skill, psikomotorik skill). Pengumpulan data dilakukan dengan observasi dan pengisian kuesioner pengetahuan , sikap dan ketrampilan. Analisis data dilakukan secara diskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kecenderungan meningkat jumlah bidan yang pengetahuannya kurang mulai intensitas analisis , sintesis dan evaluasi (lebih dari 60 %) baik untuk aspek APN, KIP/K ataupun PWS-KIA. Demikian pula sikap bidan yang cenderung kurang favourable dan ketrampilan intelektual yang juga kurang (lebih dari 60 %) . Namun ketrampilan psikomotorik yang cukup baik / baik untuk Asuhan Pembuatan Keputusan Klinik, Asuhan Bayi Baru Lahir dan Asuhan Pasca Persalinan.(skor T standart diatas 50,0). Diharapkan hasil ini dapat dimanfaatkan dalam pembuatan dan pelaksanaan program peningkatan kualitas SDM bidan dalam pelayanan persalinan.

Kata Kunci : Kemampuan APN – KIP/K – PWS/KIA

STUDI SISTEM PEMBAYARAN PENYELENGGARA PELAYANAN KESEHATAN (PPK) RUJUKAN DALAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN

(Ingan Tarigan, Wahyu P Nugraheni, Endang Indriasih, Hendrianto, Anni Yuli)

ABSTRAK

Amandemen UUD 1945 pada tahun 2002 Ps. 33: ayat 1,2,3 mengamanatkan penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat; sedangkan Ps. 34 ayat 2 mengamanatkan: "negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu, sesuai dengan martabat manusia"

UU SJSN menggariskan bahwa Jaminan Kesehatan dilaksanakan dengan mekanisme Asuransi Sosial, untuk menjamin agar setiap penduduk memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan dengan memenuhi kewajiban bergotong royong dengan membayar iuran sesuai tingkat pendapatan.

Peningkatan prasarana dan manajemen Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan dan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan sangat dibutuhkan, misalnya menyangkut manajemen badan penyelenggara, sistem akuntansi rumah sakit dan rekam medik; untuk memudahkan verifikasi dan menghindari kecurangan.

Hingga saat ini belum pernah dilakukan studi tentang sistem pembayaran di Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan khusus untuk keluarga miskin, sehingga penelitian ini sangat perlu dilakukan untuk mempersiapkan operasionalisasi Jaminan Pelayanan Kesehatan dalam kerangka SJSN. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan merencanakan Studi Sistem Pembayaran Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) Rujukan dalam Jaminan Kesehatan Keluarga Miskin, guna mendapatkan sistem yang efisien, efektif dan berkesinambungan.

Manfaat dari penelitian ini antara lain adalah memberi masukan bagi penyempurnaan pembiayaan dan sistem pembayaran Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan dalam Jaminan Kesehatan Keluarga Miskin (JK-GaKin), dan memberi masukan untuk menghitung kebutuhan pembiayaan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan dalam JK-Gakin.

Tujuan dari penelitian ini, secara umum adalah untuk memantapkan sistem pembayaran Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan dalam Jaminan Kesehatan Keluarga Miskin (JK-GaKin) agar efisien, efektif, adil, dan berkesinambungan. Tujuan Khusus antara lain adalah untuk mengetahui pelaksanaan mekanisme pembayaran di PPK Rujukan dalam JK-Gakin, mengetahui kesesuaian klaim dengan realitas pembayaran PT Askes, dan membuat simulasi sistem pembayaran kapitasi di RS dalam JK-Gakin

Jenis penelitian adalah penelitian system kesehatan penelitian terapan bidang pelayanan kesehatan. Disain penelitian adalah cross-sectional (potong lintang). Populasi penelitian adalah seluruh kabupaten dan kota yang ada di 33 propinsi di Indonesia. Pemilihan sampel dilakukan secara *bertingkat dan acak*, dimana seluruh Kabupaten dan Kota yang ada di Indonesia, dibagi dalam 3 strata sesuai pencapaian HDI Kabupaten/Kota dan kapasitas fiskal (hasil pemetaan Departemen Keuangan).

Untuk studi ini, yang terpilih untuk dijadikan daerah penelitian adalah:

Propinsi Riau (HDI tinggi): Kabupaten Kampar (HPI: 34.1), Provinsi Bengkulu (HDI sedang): Kabupaten Bengkulu Utara (HPI: 30.4), Propinsi Kalimantan Barat (HDI rendah): Kota Pontianak (HPI: 27.7)

Hasil studi antara lain adalah mekanisme pembayaran di RS belum semua sesuai dengan yang disepakati, khususnya masalah ketepatan membayar klaim. Keterlambatan pembayaran klaim diakibatkan oleh pencarian dana dari pusat telambat, pengajuan klaim dari RS juga terlambat. Masalah keterlambatan pengajuan klaim dari rumah sakit mungkin karena beban kerja yang tinggi, dan juga keterbatasan SDM. Selain itu masalah yang kami temukan di lapangan adalah pada awal program ini tim verifikasi masih terbatas, sehingga tim verifikasi butuh waktu lama untuk menyelesaikan, apalagi jika berkas klaim yang diajukan tidak lengkap. Mengantisipasi hal tersebut, PT. Askes menempatkan sebagian tim verifikasi di RS yang bersangkutan.

Berdasarkan temuan ini, perlu dilakukan penambahan dan peningkatan kualitas SDM khususnya tim verifikasi, sehingga pelaksanaan program ini dapat berjalan lancar. Agar pelayanan terhadap masyarakat miskin tetap berjalan, PT. Askes perlu membayarkan sebagian dana klaim RS walaupun verifikasi belum selesai. Hal ini menyangkut ketersediaan dana RS juga terbatas.

Selisih klaim dengan realisasi yang dibayar oleh PT. Askes berdasarkan jenis pelayanan menunjukkan bahwa selisih tertinggi ada pada pelayanan rawat inap, kemudian pelayanan rawat jalan. Kondisi ini sama di tiga RS daerah penelitian. Secara keseluruhan klaim tertinggi ada pada RSUD Dr. Soedarso Pontianak yaitu sekitar Rp. 12.2 milyar. Realisasi yang dibayarkan oleh PT. Askes hanya Rp. 10.6 milyar, sehingga selisih klaim dengan realisasi mencapai Rp. 561 juta. Selisih tersebut cukup besar, dibandingkan dengan RSUD Arga Makmur maupun RSUD Bangkinang, dimana selisih klaim dengan realisasi terendah terdapat pada RSUD Bangkinang Kampar berkisar Rp. 30 juta. Namun apabila dikaji berdasarkan persentase maka selisih klaim dengan realisasi yang dibayarkan oleh PT. Askes sepanjang tahun 2005 tertinggi adalah RSUD Bangkinang Kampar, kemudian diikuti RSUD Arga Makmur Bengkulu Utara. Selisih terendah ditemukan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak.

Pada pelayanan rawat jalan klaim tertinggi di semua RSUD daerah penelitian ditemukan bahwa komponen pemberian obat-obatan sesuai DPHO yaitu antara 40% - 47%. Kemudian diikuti oleh komponen penunjang diagnosis (laboratorium, radiologi, dan elektromedik) berkisar 27% - 37%. Selisih terendah ada pada komponen pelayanan rehabilitasi medis berkisar 1% - 3%.

Selisih klaim dengan realisasi berdasarkan komponen pada kasus rawat jalan, menunjukkan bahwa setiap daerah bervariasi. Selisih klaim dengan realisasi tertinggi ada pada komponen tindakan medis kecil, sedang, dan besar (97.5%) di RSUD Bangkinang, kemudian komponen pemberian obat-obatan sesuai DPHO di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 75.0%. Pada RSUD Arga Makmur Bengkulu Utara selisih tertinggi ada pada komponen penunjang diagnosis (laboratorium, radiology, & elektromedik) 59.0%. Hasil analisis ini menunjukkan bahwa masih banyak perbedaan antara pedoman pelaksanaan maupun MOU yang disepakati dengan kondisi riil di lapangan yang mengakibatkan klaim tidak dapat dibayarkan oleh PT. Askes secara keseluruhan. Hasil wawancara di lapangan menjelaskan beberapa faktor penyebab masih tingginya selisih klaim dengan realisasi yang antara lain adalah karena ketidaksempurnaan pedoman pelaksanaan, masalah kepesertaan gakin dimana masih banyak masyarakat yang menggunakan kartu sehat atau SKTM, dan ketidaktersediaan fasilitas RS yang bersangkutan.

Ketidaksempurnaan pedoman pelaksanaan dapat terlihat dari komponen-komponen yang dijelaskan dalam MANLAK, seperti komponen pemeriksaan fisik dimana hasil temuan lapangan menjelaskan bahwa pemeriksaan fisik adalah bagian dari konsultasi medis dan penyuluhan dengan dokter umum maupun dokter spesialis. Selain itu item-item dalam MANLAK belum semua dapat diaplikasikan, seperti ada item di pedoman namun di RS tidak ada, sebaliknya banyak pemeriksaan yang dilakukan RS tetapi di pedoman tidak ada. Masalah lain adalah ketidakterediaan fasilitas di RS yang mengakibatkan pemeriksaan di luar RS tersebut. Kesulitannya adalah RS lain yang dituju tidak ada ikatan kerjasama dengan PT. Askes, harganya juga beda dengan yang ada dalam kesepakatan bersama. Hal ini mengakibatkan klaim tidak dapat dibayarkan oleh PT. Askes, karena dalam MANLAK tidak ada penjelasan untuk hal tersebut.

Dari temuan ini untuk perbaikan di masa yang akan datang perlu dipertajam peraturan-peraturan pelaksanaan seperti juklak dan juknis yang benar-benar operasional, khususnya pada komponen-komponen rawat jalan yang selisih klaim dengan realisasi masih tinggi, seperti penunjang diagnosis (laboratorium, radiologi dan elektromedik), pemberian obat-obatan sesuai DPHO (pada saat ini sudah berubah dimana obat-obat yang digunakan adalah obat generik), dan tindakan medis kecil, sedang dan besar.

Demikian juga masalah selisih klaim dengan realisasi pelayanan rawat inap berdasarkan komponen, dimana hasil analisis menunjukkan bahwa klaim tertinggi di tiga RSUD daerah penelitian ada pada komponen tindakan medis, akomodasi rawat inap, pemberian obat-obatan sesuai DPHO, operasi sedang, besar dan khusus.

Selisih klaim dengan realisasi yang dibayarkan oleh PT. Askes bervariasi di tiga rumah sakit. RSUD Dr. Soedarso Pontianak selisih klaim dengan realisasi tertinggi adalah komponen pemberian obat-obatan sesuai DPHO (49.9%), dan tindakan medis (46.8%). Sementara pada RSUD Arga Makmur selisih klaim dengan realisasi tertinggi ada pada komponen operasi sedang, besar dan khusus (60.1%), dan tindakan medis (16.8%). Untuk RSUD Bangkinang selisih tertinggi ada pada komponen operasi sedang, besar dan khusus (68.5%) dan pemberian obat-obatan sesuai DPHO (12.7%). Secara keseluruhan, selisih klaim dengan realisasi tertinggi ada pada komponen pemberian obat-obatan sesuai DPHO (45.2%), dan tindakan medis (43.0%).

Sama seperti pelayanan rawat jalan, komponen pemberian obat-obatan sesuai DPHO, tindakan medis masih merupakan komponen yang selisih klaim dengan realisasi masih tinggi. Pada pelayanan rawat inap komponen operasi sedang, besar dan khusus juga merupakan selisih tertinggi. Selisih klaim dengan realisasi masih tinggi juga karena sosialisasi program ini belum berjalan secara maksimal. Hal ini terlihat dari dokter-dokter RS menuliskan resep obat atau pemeriksaan-pemeriksaan yang ada diluar paket ataupun pedoman. Menurut mereka kadangkala dokter tidak hapal rincian paket pelayanan, termasuk obat standar Askes sehingga pasien diberikan treatment di luar paket. Dalam MANLAK ada persyaratan yang harus dilengkapi apabila obat-obatan ataupun pemeriksaan lain diluar paket yaitu protokol terapi yang disahkan oleh komite medis. Pada umumnya klaim ditolak karena ketidaklengkapan dokumen, tetapi dokumen yang tidak lengkap dapat diajukan kembali jika dokumen sudah lengkap.

Selisih klaim dengan realisasi pada pelayanan UGD biasanya dalam masalah biaya transportasi atau ambulans. Masih ada kebingungan dalam menentukan besaran tarif transportasi karena ketidakjelasan dalam menentukan jarak rumah dengan RS. Selain itu sosialisasi juga masih kurang, baik kepada masyarakat maupun provider.

Simulasi sistem pembayaran kapitasi di RS dilakukan dengan menggunakan beberapa variabel, antara lain adalah jumlah peserta gakin/askeskin setiap daerah, realisasi yang dibayarkan PT. Askes, dan premi yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

Premi yang ditetapkan oleh pemerintah untuk PPK rujukan adalah sebesar Rp. 4,000,- per bulan per jiwa. Namun untuk biaya yang sebenarnya untuk pelayanan gakin di RS hanya Rp. 3600,- per bulan per jiwa karena 5% dari dana yang diberikan pemerintah dipergunakan untuk dana pelayanan kesehatan tidak langsung seperti sosialisasi, administrasi, dan lain-lain. Kemudian 5% lagi untuk dana operasional PT. Askes. Setelah dianalisis ternyata ada selisih jumlah premi selama 1 tahun dengan realisasi yang dibayarkan oleh PT. Askes dimana untuk Pontianak sebesar Rp. 1.1 milyar, Bengkulu Utara Rp. 2.5 milyar, dan Kampar Rp. 4.1 milyar.

Ada beberapa point yang perlu dipertimbangkan jika sistem kapitasi diberlakukan di PPK rujukan, antara lain adalah sulit memprediksi jumlah gakin yang sebenarnya, sistem pelaporan rutin/surveillance belum baik, sulit memprediksi pola penyakit, belum adanya analisis unit cost (real) DRG, adanya kebijakan nasional tentang prioritas yankes bagi masyarakat miskin (tidak boleh ditolak).

Selain itu perlu kajian lebih mendalam besaran plafon yang benar-benar dipertimbangkan, disesuaikan dengan kondisi daerah, karena untuk daerah yang sulit utilisasi gakin yang datang ke RS lebih rendah dibandingkan dengan gakin yang di daerah perkotaan.

Kesimpulan dari studi ini antara lain adalah Mekanisme sistem pembayaran antara rumah sakit dengan PT Askes disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain: kesepakatan tarif dan paket pelayanan yang diberikan belum sesuai dengan kondisi di lapangan, masalah administrasi, dimana belum adanya juklak dan juknis yang lebih operasional sehingga menimbulkan persepsi berbeda antara RS dengan PT. Askes, sosialisasi belum berjalan maksimal, baik di pihak masyarakat maupun provider. Masih banyak masyarakat datang tanpa dokumen yang lengkap, demikian juga masih banyak pihak provider belum memahami pelaksanaan program, sehingga seringkali pelayanan yang diberikan sering di luar paket, penetapan jumlah gakin yang berubah-ubah ketidaksesuaian data BPS Nasional dengan PEMDA setempat, sehingga diantisipasi dengan pemberlakuan SKTM yang sering disalahgunakan oleh oknum-oknum tertentu. Kemudian selisih klaim dengan realisasi dipengaruhi beberapa faktor antara lain adalah pedoman pelaksanaan yang ada belum merangkum kondisi riil di daerah dimana item-item yang ada dalam pedoman belum sempurna yang mengakibatkan klaim ditolak atau dilengkapi kembali, tidak semua RS mempunyai fasilitas yang sama, dimana untuk RS yang mempunyai fasilitas terbatas kesulitan untuk minta bantuan ke RS yang lain, karena PT. Askes tidak ada kerjasama dengan RS yang bersangkutan, sebaliknya RS dengan fasilitas lengkap seringkali pemeriksaan yang diberikan tidak ada dalam paket yang disepakati. Untuk simulasi sistem pembayaran kapitasi masih sulit diterapkan di PPK rujukan karena beberapa faktor, antara lain: sulit memprediksi jumlah gakin yang sebenarnya, sistem pelaporan rutin/surveillance belum baik, sulit memprediksi pola penyakit, belum adanya analisis unit cost (real) DRG, dan adanya kebijakan nasional tentang prioritas yankes bagi masyarakat miskin (tidak boleh ditolak)

Saran dari studi ini adalah perlu penyempurnaan kembali Pedoman Pelaksanaan program JK-Gakin dengan mempertimbangkan kondisi daerah, dan jenis pelayanan yang ada, perlu menetapkan indikator masyarakat miskin yang tepat dengan mempertimbangkan kondisi daerah, meningkatkan sosialisasi program kepada stakeholder, provider, dan masyarakat, perlu ada pembatasan masa berlaku SKTM dan kejelasan prosedur pemberian SKTM, perlu ditinjau ulang

kebijakan pemberlakuan SKTM dalam program ini, mekanisme sistem pembayaran dalam program sebaiknya computerisasi yang dapat memperlancar pengajuan klaim dan realisasi pembayaran, perlu ada perbaikan sistem rujukan berjenjang, dimana kemudahan untuk mendapatkan rujukan di tingkat dasar tanpa indikasi medis yang kuat, mengakibatkan BOR PPK rujukan meningkat tajam, perlu dikaji perhitungan unit cost (rill) dengan metode yang lebih sederhana namun akurat sehingga RS dapat mengaplikasikan metode tersebut, dan koordinasi lintas sektor perlu ditingkatkan untuk pengentasan kemiskinan, sehingga kedepan jumlah masyarakat miskin berkurang.

STUDI OPTIMALISASI ANGGATAN PEMBANGUNAN KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA

(K. Aryastami, Ridwan Malik, Sang Ayu Made Tjerita,
Ratih Ariningrum, Selma Siahaan)

Abstract

District/municipality's health financing is greatly depending upon the district's income and revenues as well as the political commitments of the local authority. There is no study shown how much money has to be provided to increase targets/program's achievements by a particular number. The Ministry of Health had set target and obligatory for minimum health standard that has to be implemented in each district/municipality. Maternal and neonatal health (MNH) services is one of the services in the district health system that has to be delivered by puskesmas to improving maternal and neonatal health towards reducing of the maternal and neonatal mortality.

It is a cross sectional study of health policy and financing. The study taken place in three districts/municipality, namely district of Badung, Bali; District of Tanah Datar, West Sumatera and Kupang Municipality in East Nusa Tenggara. Time of the study was February to November 2006.

The biggest allocation of budgetting according to the district health competency was for the basic health services, preventions of communicable diseases, and nutrition. Budget allocation for investment in maternal and neonatal health was relatively low, except for the Badung district. The budget allocated for the basic health services has a similar pattern among the areas under study, except for the Tanah Datar district, the proportion of operational costs for immunization seem lower than two other districts. There was gaps between budget allocation and budget necessity. The budget was hardly used to serve the community. Indirect budget, most of the time goes for staff trainings, building capacity, as well as facility's improvements. Per capita allocation for MNH varies among the district/municipality. Badung got the lowest (Rp. 20,000) per capita allocation, albeit it has the highest fiscal capacity; meanwhile Tanah Datar, the middle fiscal capacity had the highest (Rp. 47,000). Kupang, the lowest fiscal capacity posting the middle per capita allocation, which was Rp. 40,000. According to the health services function, the proportion allocating for trainings was the highest, more than 70% (Kupang and Tanah Datar), and basic health services achieving 50% of the budget in Badung.

In conclusion, budget allocation was difference among the district, the proportion was burden to public administration and only small part for the operational. Of the total health budget, the biggest proportion, or 30-35% was financing due to the MNH programs. Unfortunately, the allocation was less specified, scattered beyond other programs and tend to set for routine activities. In addition, allocation for investment was very low (2-7%), except for Badung that is 47,2%.

ANALISIS PEMBIAYAAN UNTUK UPAYA PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT DI PUSKESMAS

(Suci Wulansari, SK. Poerwani, Mohammad Setyo Pramono, Hidayad Heny Sholikhah)

Abstrak

Sesuai dengan salah satu *Grand Strategy* Depkes RI yaitu bahwa pembangunan kesehatan harus lebih mengutamakan upaya promotif preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Program Promosi kesehatan merupakan salah satu upaya promotif preventif yang wajib dilaksanakan oleh puskesmas. Pemerintah diharapkan mengalokasikan dana yang optimal untuk pelaksanaan program tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pembiayaan upaya promosi kesehatan masyarakat di puskesmas. Daerah penelitian adalah kota Madiun dan Kabupaten Ngawi, masing-masing kota/kabupaten diambil 2 puskesmas. Pengumpulan data secara *cross sectional* menggunakan pedoman wawancara, format biaya, dan data sekunder puskesmas. PHBS menjadi prioritas utama kegiatan promkes di Dinkes Madiun dan Ngawi, termasuk di puskesmas. Dinkes Ngawi masih kurang memfasilitasi pembiayaan promkes, hal ini ditunjukkan dari besaran prosentase anggaran program promkes puskesmas yang kurang dari 10% dari total anggaran yankesdas. Kebijakan dinkes Madiun sudah sangat mendukung pembiayaan promkes, yang ditunjukkan dengan alokasi anggaran promkes adalah terbesar dibanding program lainnya. Kebutuhan biaya promkes terbesar terdapat pada puskesmas Padas yaitu Rp 39.229.709. Hal ini dipengaruhi oleh tingginya biaya investasi karena jumlah dan prosentase penggunaan peralatan dan kendaraan untuk promkes puskesmas Padas cukup besar. Jumlah kebutuhan biaya promkes di puskesmas Demangan Rp 18.841.840, puskesmas Oro oro Ombo Rp 18.630.420, dan puskesmas Ngawi sebesar Rp 7.545.113. Biaya investasi peralatan promkes masih belum difasilitasi oleh Dinkes di kedua daerah. Biaya operasional di Madiun sudah lebih besar daripada di Ngawi dengan kegiatan yang lebih terencana. Keterbatasan dana untuk promkes, diantisipasi dengan menggunakan anggaran puskesmas dan JPKMM serta penggabungan kegiatan promkes dengan program lain yang didukung oleh kreativitas dan inovasi puskesmas.

Kata kunci : promosi kesehatan, analisa pembiayaan program, puskesmas

UPAYA REVITALISASI PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS DAN JARINGANNYA DALAM RANGKA PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN

(Lestari Handayani, Evie Sopacoa, Siswanto, Nirmala A. Ma'ruf, Widji Artini)

ABSTRAK

Banyak keluhan tentang pelayanan kesehatan di puskesmas sehingga Depkes mengeluarkan kebijakan Revitalisasi Puskesmas dengan mengacu Kepmenkes 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Penelitian ini dilakukan tahun 2006 untuk melihat upaya revitalisasi yang sudah dilakukan puskesmas di 8 puskesmas yang terletak di propinsi Jawa Timur (kabupaten Jombang dan Bojonegoro), Jawa Barat (kabupaten Cianjur) dan Nusa Tenggara Timur (kabupaten Sikka). Data primer dikumpulkan dengan wawancara dibantu kuesioner, wawancara mendalam dan FGD serta data sekunder.

Hasil penelitian menunjukkan Program Revitalisasi Puskesmas masih belum dikenal di tingkat puskesmas, masih menjadi wacana di tingkat nasional meskipun telah dilakukan sosialisasi di tingkat propinsi. Terlihat variasi tentang upaya pelayanan pengembangan yang diselenggarakan karena perbedaan situasi dan kondisi namun pada umumnya lebih fokus ke Pelayanan Kesehatan Perorangan (UKP) sedangkan komitmen petugas terhadap kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) kurang. Masyarakat sudah cukup puas dengan pelayanan pengobatan yang diberikan puskesmas. Secara umum masih banyak keluhan petugas tentang kerja rangkap, fasilitas kurang, SDM tidak kompeten. Disarankan oleh petugas dalam rangka revitalisasi puskesmas diharapkan agar manajemen puskesmas diperbaiki, peningkatan kompetensi petugas, pemberian *reward* berupa pendidikan dan pelatihan serta pemenuhan sarana dan prasarana kegiatan pelayanan.

Rekomendasi penelitian ini: (1) Sosialisasi Program Revitalisasi Puskesmas dan Kepmenkes 128 tahun 2004 sampai ke tingkat puskesmas (2) Pemberian pelatihan manajerial bagi kepala puskesmas dan pelatihan teknis bagi petugas puskesmas sesuai tugas masing-masing, (3) Peningkatan motivasi dengan pemberian *reward kepada petugas*.

Kata Kunci: *Revitalisasi puskesmas, UKP, UKM*

UPAYA PENINGKATAN MANAJEMEN SISTEM RUJUKAN KEHAMILAN
DAN PERSALINAN DALAM RANGKA PERCEPATAN PENURUNAN AKI DAN AKB

(Lestari Kanti Wiludjeng, Soemartono, Betty Rooshermiati
Herti Maryani, Cholis Bachroen)

ABSTRACT

Safe motherhood issues in Indonesia are complex, even beyond the health sector. Maternal mortality and morbidity continue to remain high. Care and services during pregnancy and delivery continue to be inadequate. Referrals and emergency obstetric care are still delayed by various complex factors such as geografis, delivery at home by births attendance still high, low economic of community, the skill of manpower health are limited and facilities health services are minimixe. Reproductive health status and access to family planning services remain inadequate and inaccessible for many women. Contextual factors, including the low status of women, poverty, community beliefs and behaviors and decentralization, pose challenges to the efforts being made to improve the access of many women, especially poor women, to good quality family planning and obstetric care. The Government's commitment to address safe motherhood issues is strong, but that commitment has yet to be appropriately translated into operations at the service and community levels.

Keyword : Profile – Referral system – Prenancy and Delivery mother .

UPAYA PENINGKATAN PERAN SERTA MASYARAKAT DALAM RANGKA AKSELERASI PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU(AKI) DAN ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB)

(Ninie L Pratiwi, Setia Pranata, Paiman Suparmanto
Linda Nilawati, Astridya Paramita)

ABSTRAK

Penelitian ini mengkaji sejauh mana peran organisasi masyarakat dalam upaya peran serta masyarakat terkait akselerasi penurunan angka kematian ibu dan bayi. Penelitian ini merupakan penelitian eksplanatif dengan data kuantitatif dan kualitatif, dilakukan di 4 propinsi: Kalteng, Sulut, Jateng dan Jawa Timur dengan masing-masing propinsi dipilih 2 kabupaten dengan kriteria AKI Dan AKB Tinggi dan rendah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Peran Organisasi masyarakat dalam upaya PSM terkait akselerasi penurunan angka kematian ibu dan bayi, sebatas memberikan penyuluhan dan pendidikan pada masyarakat sekitarnya dalam mengatasi 4 terlalu dan 3 terlambat dan ini masih dirasakan kurang, demikian pula dalam upaya mobilisasi dana untuk keperluan tersebut sangat dirasakan kurang optimal. Ke depan peran Organisasi masyarakat melalui PSM perlu ditingkatkan *sences of belonging* melalui keterlibatan dalam proses perencanaan mulai identifikasi masalah sampai pada bentuk kontribusi nyata, sehingga tercapai kepekaan sosial yang lebih tinggi. Dengan demikian 5 tahap perubahan suatu inovasi dapat tercapai

ABSTRACT

This research analyzed the roles of community organizations in efforts to accelerate the decrease of maternal and infant mortality rates (MMR and IMR). This was an eplorative research using qualitative and quantitative data. It was conducted in 4 provinces: Central Kalimantan, South Sulawesi, Central and East Java in which each Province two districts were selected with criteria of high MMR and IMR, and also low MMR and IMR.

Results showed that the roles of community organizations to accelerate the decrease of MMR and IMR limited in promoting and providing education to overcome 4 very (4 terlalu) and 3 delayed (3 terlambat) conditions. The organizations considered these roles were not enough, and also the utilization of budget to these activities was not optimal. In future the community organizations applying community participation should enhanced the members' senses of belonging by active participation in planning process starting from problems identification until factual contributions to achieve higher social concerns so that the 5 step changing of an innovation could be achieved.

Key words: community of organization, powerfull community.

PENGEMBANGAN DESA SIAGA DALAM RANGKA PENANGANAN MASALAH KEDARURATAN KESEHATAN

(Paiman Soeparmanto, Sugeng Rahanto, Wahyu Dwi Astuti
Agung Dwilaksono)

Abstrak

Tujuan penelitian ini adalah untuk mempelajari: (1) kesiapan desa untuk pelaksanaan pembentukan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes); (2) perilaku hidup sehat dan bersih (PHBS) dan pengetahuan masyarakat dalam menghadapi terjadinya kedaruratan kesehatan; (3) kesiapan desa untuk membantu transportasi rujukan dan penyediaan logistik dalam menghadapi kedaruratan kesehatan (kurang gizi); (4) kesiapan desa dalam penyediaan tenaga penggerak dan pemberdayaan masyarakat untuk mewujudkan desa siaga; (5) sistem mobilisasi dana masyarakat, pemerintah dan swasta untuk pertolongan kedaruratan kesehatan di desa; (6) sistem informasi pada waktu menghadapi kedaruratan kesehatan yang diterapkan di desa.

Penelitian dilakukan di tiga propinsi masing-masing dalam dua kabupaten, dipilih secara purposive. Dalam setiap kabupaten diambil dua kecamatan dan dalam masing-masing kecamatan diambil dua desa yang telah terbentuk Poskesdes atau rencana dikembangkan Poskesdes. Dalam masing-masing desa diambil sampel 15 orang untuk memberikan gambaran pendapat dan perilaku PHBS. Propinsi dan kabupaten yang dipilih: Lampung (Tanggamus dan Lampung tengah), Jawa Tengah (Karanganyar, Purbalingga) dan Sulawesi Selatan (Gowa dan Maros). Jumlah desa sampel 24 dan sampel masyarakat 15 orang setiap desa. Pengumpulan data dilakukan dengan diskusi terarah, dokumentasi dan wawancara berpedoman tertutup. Disajikan secara deskriptif.

Semua desa yang belum terbentuk Poskesdes belum siap untuk membangun fisik Poskesdes, walaupun ada alternatif yang dapat digunakan untuk bangunan Poskesdes. Untuk tenaga kader kesehatan semua desa siap membantu merikrutnya, tetapi diharapkan ada imbalan yang dapat diupayakan oleh Pemda atau oleh Poskesdes sendiri.

Sedangkan di Kab Karanganyar dan Purbalingga Poskesdes sudah menjalankan empat kegiatan seperti dalam Kep Menkes 564/SK/VIII/2006.

Pengetahuan kedaruratan kesehatan yang berkaitan dengan Kejadian Luar Biasa (KLB), sampel dalam tiga propinsi rata-ratanya yang tertinggi, di Jateng rata-rata 72, di Lampung 65 dan di Sulsel 62, semuanya termasuk dalam kategori sedang, dari skor tertinggi 170 dan terendah 0. Pengetahuan kedaruratan kesehatan KIA rata-ratanya pada tiga propinsi tertinggi juga di Jateng yaitu rata-rata 36 dan dua propinsi yang lain rata-rata 25 dari nilai tertinggi 70.

Kesiapan desa dalam membantu transportasi rujukan, di semua desa telah dapat menyelenggarakan dengan kendaraan pribadi, tetapi belum diorganisir oleh desa. Sedangkan penambahan bahan makanan untuk penanggulangan gizi buruk pada balita dilaksanakan melalui kegiatan Posyandu. Belum ada desa yang mengantisipasi membuat lumbung paangan guna membantu mengatasi masalah gizi buruk balita.

Sistem mobilisasi dana kesehatan pada warga, sebagian kecil penduduk menerima dana Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (Askeskin), sedangkan yang sudah melaksanakan penggalan dana dari masyarakat berupa JPKM di Kabupaten Purbalingga, telah dilakukan sejak

2005 yang diorganisir oleh Badan Pelaksana JPKM Kabupaten Purbalingga. Termasuk menyediakan dana operasional untuk tenaga pendamping di Poskesdes oleh tenaga berasal dari desa: AKBID, AKPER, AKL, AKGI dan SKM telah dilakukan di Kabupaten Purbalingga.

Sistem informasi yang ada di desa dimulai dengan penyampaian informasi kalau terjadi kejadian penting, kematian dan kelahiran dari penduduk dapat lewat kader kesehatan, Bidan Desa disampaikan ke Kepala Dusun untuk diteruskan ke Kepala Desa atau Puskesmas. Sedangkan pemberitahuan ke warga kalau ada informasi penting yang berupa perintah dari atas, sebagian desa menyampaikan melalui pengeras suara masjid, melalui Kepala Dusun dan diteruskan ke RT/RW dan melalui pertemuan kelompok pengajian, arisan dan Dasa Wisma PKK.

Perilaku sehat (PS) bilamana melahirkan sebagian besar ditolong oleh Bidan yang dilakukan oleh sampel penelitian pada tiga propinsi. Bilamana ada anggota yang sakit mencari pengobatan jalan antara 48% s/d 50% dan yang merokok rata-rata kurang dari 50% dari sampel di tiga propinsi.

Dalam perilaku bersih (PH) hampir 100% memiliki jamban dalam keluarga untuk buang air besar, dan penampungan pembuangan air limbah sekitar 35% disalurkan menggunakan saluran tertutup dalam pekarangan. Dalam pembangunan rumah sebagian besar menggunakan lantai dari semen, keramik dan hanya sekitar 1% yang masih menggunakan tanah. Untuk pembuangan sampah sebagian besar menyatakan dibakar dan sebagian lagi menyatakan dibuat kompos untuk pupuk.

Untuk pembangunan fisik bantuan peralatan dan tenaga, serta dana kesehatan perlu kerja sama antara Departemen Kesehatan dan Departemen Dalam Negeri dalam mengantisipasi pelaksanaan pembangunan fisik Poskesdes, pengembangan JPKM dalam masing-masing kabupaten dan perlu perlindungan hukum pada Bidan Desa yang telah melaksanakan pelayanan pengobatan medis dasar. Perlunya rencana pelatihan secara bertahap kepada warga tentang kesiapan siaga dalam kegawat daruratan kesehatan khususnya yang berkaitan dengan kejadian sehari-hari di dalam masyarakat desa dan Kesehatan ibu dan anak. Disamping itu perlu peningkatan secara terprogram dalam kemampuan Bidan dalam melaksanakan pelayanan medis dasar di Poskesdes.

Kata Kunci: Desa Siaga; Kegawat Daruratan Kesehatan.

UPAYA PENINGKATAN RUJUKAN PERSALINAN OLEH TENAGA NON PROFESIONAL DALAM RANGKA PERCEPATAN PENURUNAN AKI DAN AKB

(Ristri ni, Lestari Handayani, Suharmiati, Lusi Kristiana
Rukmini, Syamsul Hadi)

ABSTRAK

Dalam rangka percepatan penurunan AKI dan AKB, pemerintah telah mencanangkan strategi MPS, yang meliputi (1) perbaikan akses, (2) kemitraan lintas sektor, (3) pemberdayaan perempuan dan (4) keterlibatan masyarakat. Disadari bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara keterlambatan rujukan dengan kematian ibu bersalin. Untuk itu pemberdayaan tenaga non profesional (kader, dukun, dan keluarga) dalam rujukan persalinan sangat dibutuhkan.

Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan rujukan persalinan oleh tenaga non profesional (dukun dan keluarga) dalam rangka percepatan penurunan AKI dan AKB, khususnya yang berkaitan dengan pengetahuan, mobilisasi dana masyarakat, donor darah berjalan di lapangan, sarana transportasi, komunikasi dan pencatatan serta hambatan pelaksanaan rujukan persalinan.

Penelitian ini dilakukan di 3 (tiga) propinsi (Jatim, Kalsel dan Sulsel) dan masing-masing propinsi dipilih 2 (dua) kabupaten dengan kriteria rujukan persalinannya tinggi, yaitu untuk Jatim dipilih Kab. Bangkalan dan Tuban, Kalsel dipilih Kab. Banjar dan Tanah Laut serta Sulsel dipilih Kab. Gowa dan Barru. Masing-masing kabupaten dipilih 2 puskesmas yang persalinan oleh Nakesnya tinggi dan rendah, dan masing-masing wilayah puskesmas dipilih 4 (empat) desa yang tingkat partisipasi masyarakatnya baik. Pengumpulan data dilakukan dengan depth interview, wawancara langsung, data sekunder dan FGD. Sebagai unit analisis adalah tenaga non profesional (kader, dukun dan keluarga) serta desa. Analisis dilakukan secara deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan tenaga non profesional masih kurang, khususnya tanda-tanda bahaya dan risiko tinggi. Pembagian tugas bidan-dukun-keluarga dalam pertolongan persalinan sudah proporsional, pertolongan persalinan oleh bidan, perawatan tali pusat oleh bidan dan perawatan ibu dan bayi oleh dukun & bidan. Sebagian besar dukun masih menolong persalinan, dan dukun setuju pertolongan oleh bidan asalkan dukun diberi kompensasi, dan akan merujuk ke bidan bila ada kompensasinya (jasa dukun) atau dilibatkan dalam kegiatan non medis seperti persiapan & perawatan pasca persalinan. Memobilisasi dana sangat kurang, transportasi desa masih sedikit dilakukan, tetapi sudah ada yang melakukan jemput bola baik dengan ambulans puskesmas maupun ambulans desa yang berbentuk tandu. Masih sedikit desa yang melaksanakan kegiatan donor darah, dan lebih separoh desa mempunyai catatan lokasi ibu hamil berisiko, yang dilakukan oleh bidan di desa, dan keberadaannya diinformasikan ke warga desa. Komunikasi kader-bidan di desa dilakukan melalui kegiatan posyandu, dukun-bidan melalui kemitraan, dan bidan-keluarga melalui penyuluhan kesehatan/ promkes. Hambatan penyelenggaraan rujukan persalinan sebagian besar kurangnya pengetahuan warga, masih banyaknya warga yang minta pertolongan persalinan di dukun dan persalinan masih banyak dilakukan di rumah, oleh dukun dan bidan karena biaya cukup mahal dan pencatatan ibu hamil dengan risiko tinggi belum berjalan baik

Untuk itu disarankan agar bidan lebih sering mengajak dukun melakukan pertolongan persalinan, dan diberi imbalan sehingga akan terjadi sinergi sikap dari dukun untuk selalu merujuk bila ada persalinan, memberikan pelatihan kepada dukun, kader dan keluarga dalam hal tanda-tanda persalinan dan merujuk persalinan ke bidan atau puskesmas, mobilisasi dana masyarakat dialihkan peruntukannya yakni ke biaya rujukan termasuk transport dan darah bila diperlukan, dan tetap membebaskan biaya persalinan dan obat-obatan bagi pasien, dan menjadi beban dari Pemda Kab/Kota

Kata kunci : Non profesional; Rujukan persalinan; Making pregnancy safer ; Pemberdayaan

STUDI EVALUASI KEGIATAN POSYANDU DALAM RANGKA PENINGKATAN FUNGSI DAN KINERJA POSYANDU

(Siswanto, Lestari Kanti Wiludjeng, Nirmala A Makruf
Gurindro Saputro, Ergia Latifolia)

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi kegiatan posyandu dengan pendekatan input, proses, dan output dari kegiatan posyandu. Penelitian ini merupakan penelitian survei, bersifat cross-sectional. Yang menjadi populasi dalam studi ini adalah semua kader posyandu di 4 Kabupaten, yakni Kabupaten Bojonegoro, Jombang, Sikka dan Cianjur. Untuk masing-masing Kabupaten diambil sampel 2 puskesmas, 1 puskesmas urban dan 1 puskesmas lainnya rura). Pemilihan desa (polindes) dilakukan secara random diambil 5 desa. Dari masing-masing desa diambil 3 posyandu secara random pula. Dengan demikian dalam 1 kabupaten diambil sampel sebanyak 30 posyandu. Total posyandu yang diambil sebagai sampel adalah sebanyak 120 posyandu. Selanjutnya untuk masing-masing posyandu diambil 2 kader sebagai responden; dengan demikian total kader sebagai responden adalah sebanyak 240 orang kader.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa (i) kader kesehatan didominasi pada kelompok usia 20-50 tahun dengan tingkat pendidikan SD s/d SLTA dan pekerjaan terbanyak adalah ibu rumah tangga, (ii) tingkat keaktifan posyandu masih cukup baik, dengan rata-rata kader aktif antara 4 s/d 5 kader, dan jumlah buka posyandu antara 11 s/d 12 kali per tahun. Jenis petugas kesehatan yang hadir di posyandu kebanyakan adalah bidan desa, sementara petugas puskesmas hanya bersifat insidental. Jenis petugas lintas sektor yang hadir di posyandu adalah PLKB dan pengurus PKK desa meski tingkat kehadirannya kurang dari 40%, (iii) tidak semua jenis kegiatan posyandu (KIA, KB, Imunisasi, Gizi dan Penanggulangan Diare) dapat dijalankan oleh posyandu, yang rutin dilaksanakan hanyalah Penimbangan Balita dan PMT Penyuluhan. Kegiatan pendukung posyandu, seperti BKB, KP-KIA, UKGMD, TOGA, UPPK dan Dana Sehat, sebagian masih jalan tapi tidak optimal. Indikator SKDN menunjukkan bahwa angka N/D baru sekitar 65%, masih berada jauh dari target sebesar 80%, berarti banyak balita ditimbang tapi tidak naik timbangannya, (iv) untuk Kabupaten Bojonegoro, Jombang dan Cianjur tempat kegiatan posyandu banyak dilaksanakan di rumah warga dan rumah perangkat desa, sementara di Kabupaten Sikka kebanyakan dilaksanakan di tempat khusus yang dibangun warga secara swadaya. Dari kelengkapan sarana posyandu, semua posyandu mempunyai dacin, namun untuk sarana lainnya, seperti celana timbang, KMS, balok SKDN, tablet besi, alat kontrasepsi, dan poster penyuluhan, ketersediannya sangat terbatas, (v) untuk pelatihan kader, ternyata belum semua kader mendapatkan pelatihan tentang pengelolaan posyandu, khususnya bagi mereka yang menjadi kader kurang dari 5 tahun, (vi) setelah ada bidan desa, pembinaan posyandu banyak dilaksanakan oleh Bidan Desa, (vii) proporsi kader kesehatan yang mendapatkan uang transport adalah sebesar 54,6%, dengan besaran berkisar antara Rp. 2.500,- s/d Rp. 27.000,- per bulannya, (viii) untuk keempat kabupaten yang diteliti, maka tingkat pengetahuan dan praktik kader terbaik adalah pada Kabupaten Sikka, sementara untuk parameter sikap untuk keempat kabupaten hampir sama. Skor pengetahuan terbaik adalah pada kelompok kader dengan usia 21 s/d 50 tahun atau mereka yang telah menjadi kader kesehatan lebih dari 5 tahun, (ix) Pemerintah Desa dan PKK dalam

memberikan dukungan terhadap pelaksanaan kegiatan posyandu lumayan baik, khususnya dalam hal penyediaan tempat, sarana (meja dan kursi), dana operasional, PMT, seragam kader dan insentif kader lainnya.

Untuk memperbaiki fungsi dan kinerja posyandu dalam rangka revitalisasi posyandu, maka telah direkomendasikan opsi kebijakan sesuai dengan temuan dalam penelitian ini.

Kata Kunci: evaluasi, posyandu, revitalisasi posyandu

TINJAUAN SISTIMATIS PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN 1999 - 2005

(Soewarto Kosen, Martuti Budiharto, Ridwan Malik,
Yuyus Rusiawati, Harimat Hendarwan, Ingan Tarigan, Siti Sundari)

ABSTRAK

Krisis moneter dan ekonomi pada tahun 1998 memberi dampak negatif pada derajat kesehatan masyarakat, khususnya pada keluarga miskin. Terjadinya pemutusan hubungan kerja pada industri, meningkatnya harga berbagai bahan/komodities khususnya yang diimpor seperti obat, menurunnya penggunaan fasilitas kesehatan telah memperburuk derajat kesehatan masyarakat. Pemerintah pada tahun 1998-2000 melaksanakan program JPSBK, dilanjutkan dengan PDPSE BK&KS pada tahun 2001, yang dimaksudkan untuk memfasilitasi masyarakat miskin dalam menggunakan pelayanan kesehatan secara cuma-cuma; disamping membantu pembiayaan operasional fasilitas kesehatan dan program kesehatan dasar. Kenaikan harga BBM (Bahan Bakar Minyak) pada tahun 2001, menyebabkan dilanjutkannya program JPS ini dengan program PKPS-BBM yang terus berlanjut hingga akhir 2004. Disamping itu, DepKes telah menguji-cobakan Badan Penyelenggara JPKM-JPSBK, untuk mengelola dana kesehatan masyarakat miskin di 25 Kabupaten/Kota. Sebelum tahun 1998, berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan jaminan kesehatan masyarakat, seperti upaya PKMD dengan Dana Sehat, Kartu Sehat, penggunaan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) khususnya untuk rawat inap. Pada tahun 2005, pemerintah melaksanakan program AsKesKin untuk pelayanan di PPK primer dan rujukan.

Tujuan: Melakukan kajian sistimatis dan menyeluruh berbagai program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin yang pernah dilaksanakan di Indonesia pada periode 1990 – 2005 dan di negara berkembang lain. Metode: studi dilakukan dengan menggunakan data sekunder, hasil penelitian sebelumnya, sumber di Internet, komunikasi dan wawancara selektif dengan para pelaku. Hasil: Dana Sehat merupakan inisiatif masyarakat yang mengumpulkan dana untuk pelayanan kesehatan para anggotanya. Premi biasanya kecil, hingga sulit untuk membiayai pelayanan rawat inap. Program kartu sehat dibiayai pemerintah daerah, identifikasi gakin dilakukan setempat dan pelayanan mencakup juga rawat inap terbatas. SKTM umum dipergunakan untuk rawat inap, dimana pemegang SKTM masih dikenakan iur biaya hingga 50%. Program JPKM dilakukan dengan menggunakan prinsip Managed Care (kontrak, kapitasi, kendali mutu, penanganan keluhan, paket dasar). Kepesertaan sukarela membuat pertumbuhan JPKM sangat lambat dan tidak berfungsi setelah program AsKesKin dilaksanakan. JPSBK, PDPSE BK&KS, PKPS-BBM berpengaruh positif bagi peningkatan akses dan utilisasi yankes dasar bagi masyarakat miskin pada masa krisis, cakupan nasional dan mampu meningkatkan pelayanan kesehatan dasar. Program AsKesKin menunjukkan peningkatan jumlah peserta yang dicakup, perbaikan manajemen badan penyelenggara, cakupan paket pelayanan yang luas dan berkualitas. "Community Financing Scheme" di banyak negara berkembang berperan dalam mencakup masyarakat hampir miskin/tidak miskin dan sektor informal. Asuransi Kesehatan Sosial menjadi pilihan di banyak negara, karena efektif, efisien, berkualitas, cakupan universal, adil dan merata. Hingga Jaminan Kesehatan SJSN berjalan, perlu dikembangkan bentuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang efektif, efisien, berkualitas dan berkesinambungan.

Kata Kunci: Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin, SKTM, JPKM, "Community Financing Scheme", Asuransi Kesehatan Sosial

STUDI PERBANDINGAN IDEAL ANGGARAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT
(UKM) DAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN (UKP) DI TINGKAT
KABUPATEN/ KOTA.

(Siti Sundari)

ABSTRAK

Proporsi anggaran UKM dan UKP di tiap kabupaten/ kota sangat bervariasi. Hal ini terjadi karena belum adanya acuan dalam penetapan besarnya anggaran serta masih berorientasi pada besarnya dana yang tersedia serta kuatnya keinginan tiap unit pelaksana program. Untuk menyiapkan Masyarakat yang MANDIRI dan HIDUP SEHAT perlu di tingkatkan pembiayaan untuk kegiatan yang bertujuan untuk Pencegahan penyakit dan Promosi kesehatan.

Penelitian ini dilakukan di 6 kabupaten/ kota dengan nilai indeks kemiskinan (HPI) sama atau diatas 34,4. dengan tujuan untuk mengetahui perbandingan ideal anggaran program UKM dan UKP agar dapat dijadikan '*benchmark*' dalam perencanaan kebutuhan dana pembangunan kesehatan . Penelitian retrospektif dan kualitatif ini dilakukan selama 10 bulan dalam tahun 2006 dengan Dinas kesehatan kabupaten/ kota termasuk rumah sakit pengelola program UKP sebagai unit analisis.

Hasil studi menunjukkan bahwa UKM dan UKP merupakan suatu kontinum yang tidak dapat dipisahkan, oleh karena itu dalam pelaksanaan kegiatan dan dalam penyediaan anggaran kurang tepat bila diberlakukan secara matematik dimana harus ada suatu batasan ideal tentang proporsi anggaran yang perlu disiapkan . Perlu dikaji ulang batasan kegiatan UKM dan UKP dan diselaraskan dengan konsep Promotif dan Preventif yang ditetapkan dalam Grand Strategi Departemen Kesehatan. Diharapkan dengan adanya kejelasan konsep dan batasan pelayanan yang lebih jelas, pola pembiayaan dan sistem penganggaran kesehatan dan pengorganisasian di lapangan dapat lebih solid, terarah dan terukur keberhasilannya

Kata kunci: *Anggaran, UKM, UKP, Kabupaten, Kota*

UPAYA PENINGKATAN KERJASAMA LINTAS SEKTOR
DALAM RANGKA AKSELERASI PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU
DAN ANGKA KEMATIAN BAYI

(Sugeng Rahanto, Fachrudi Hanafi
Umi Muzakkiroch, Moch. Setyo Pramono, Suci Wulansari)

ABSTRAK

Penelitian ini dilaksanakan karena angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi, dan bila dikaitkan dengan target Indonesia Sehat 2010 angka kematian tersebut masih jauh dari harapan. Oleh karenanya perlu pemikiran untuk percepatan penurunan AKI dan AKB tersebut, dengan melihat kondisi terkini angka kematian di daerah Kabupaten/Kota serta memperhitungkan potensi daerah disegala bidang terkait dengan upaya penurunan AKI dan AKB tersebut. Kebijakan nasional untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB salah satu diantara program pokoknya adalah menggalang dan meningkatkan kerjasama lintas sektor.

Metode penelitian desain eksplorasi dan intervensi, dengan melakukan analisa secara deskripsi dari realisasi terkini kerjasama lintas sektor di daerah kabupaten/kota, kemudian melakukan diskusi lintas sektor untuk menentukan langkah-langkah kedepan. Informasi dan data diperoleh dengan : wawancara , diskusi mendalam, kajian data skunder dan dasar hukum terkait upaya penurunan AKI dan AKB. Sebagai daerah penelitian adalah : Kabupaten Tulungagung/Jawa Timur, Kabupaten Lumajang/Jawa Timur, Kabupaten Sukoharjo/Jawa Tengah, Kabupaten Klaten/Jawa Tengah, Kota Palangka Raya/ Kalimantan Tengah, Kabupaten Katingan/Kalimantan Tengah, Kota Manado/Sulawesi Utara, Kabupaten Minahasa Utara/ Sulawesi Utara.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa koordinasi kerjasama lintas sektor telah dilakukan sejak lama, namun koordinasi tersebut kebanyakan sifatnya non formal tanpa SK kerjasama. Koordinasi kerjasama sangat ditentukan oleh kemampuan petugas dalam melakukan lobi secara familier sehingga terjalin hubungan individu / petugas yang kuat. Sedangkan mekanisme kegiatan dilakukan dengan membentuk wadah kegiatan massal yang mencakup sasaran luas, yang dianggap sebagai jejaring kerjasama lintas sektor. Keberadaan jejaring tiap kabupaten/kota

beraneka ragam dan jumlahnya berbeda-beda. Jejaring lintas sektor memiliki karakteristik tersendiri, dan memiliki leading sektor yang bervariasi, tidak selalu sama di setiap daerah..

Simpulan penelitian menyatakan bahwa kontribusi secara umum dikelompokkan dalam tiga kategori, yaitu : tenaga, sarana, dan dana. Sektor yang kontribusinya konsisten dan setiap kabupaten/kota ada yaitu Bapeda dan PKK. Bapeda kontribusinya berupa tenaga yaitu memperjuangkan usulan rencana anggaran di depan DPRD. Sedangkan PKK kontribusinya cukup lengkap yaitu tenaga, sarana, dan dana. Sedangkan sektor lain kontribusinya bervariasi, tidak sama di setiap kabupaten/kota.

Saran dari penelitian menyatakan bahwa untuk meningkatkan kerjasama lintas sektor perlu adanya pertemuan lokakarya dan sejenisnya untuk membahas secara transparan potensi daerah, potensi sektor, tupoksi, dan pembentukan jejaring resmi yang disepakati bersama. Adapun formalitas dengan penerbitan SK Pemerintah Daerah dirasakan sangat penting sebagai payung pengayom serta sarana pembinaan.

Kata kunci : *jejaring, lintas sektor, kematian ibu dan bayi.*

UPAYA PENINGKATAN FUNGSI PELAYANAN OBSTETRI DAN NEONATAL EMERGENSI
DASAR (PONED) DAN PELAYANAN OBSTETRI DAN NEONATAL EMERGENSI
KOMPREHENSIF (PONEK) DALAM RANGKA AKSELERASI PENURUNAN AKB DAN AKI

(Tety Rachmawati, SK Poerwani, Agus Suprpto
Fachrudi, Made Asri B, Titik Kalimah)

ABSTRAK

Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga atau diramalkan sebelumnya, sehingga ibu hamil harus berada sedekat mungkin pada sarana pelayanan obstetric emergensi dasar. Puskesmas diharapkan mampu memberikan pelayanan emergensi dasar. Peningkatan akses akan mempercepat penurunan AKI dan AKB secara bermakna .

Tujuan dari penelitian adalah mengkaji fungsi Pelayanan Obstetri dan Neonatus Emergensi Dasar (PONED) di puskesmas dan Pelayanan Obstetri dan Neonatus Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit. Berfungsinya PONED dan PONEK dipengaruhi oleh sumberdaya manusia, sarana dan fasilitas, obat-obatan . Cakupan pelayanan menggambarkan fungsi dari PONED dan PONEK.

Rancangan penelitian ini adalah eksploratif deskriptif. Lokasi penelitian di propinsi Jawa Timur (3 kabupaten yaitu Ngawi, Jombang dan Sampang); Jawa Barat (2 kabupaten yaitu Bandung dan Subang); Bali (satu Kabupaten yaitu Klungkung) dan Sulawesi Utara (Kota Manado dan Kabupaten Minahasa Utara) masing-masing kabupaten diambil 2 puskesmas PONED dan satu RS PONEK.. Unit analisis adalah puskesmas PONED dan RS PONED. Data dianalisis secara deskriptif.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sumberdaya manusia di puskesmas PONED dan RS PONEK jumlah dan penempatan belum memenuhi kebutuhan. Sarana dan prasarana masih kurang. Obat- obatan emergensi masih kurang, namun dapat diatasi dengan swakelola.

Pemanfaatan puskesmas PONED dan RS PONEK belum maksimal, secara umum < 20%

target kasus yang ditentukan. Hambatan dalam pelaksanaan terutama dalam hal koordinasi dan kebijakan yang ada seperti UU Praktek Kedokteran, Akses pelayanan darah.

Kata Kunci : Fungsi – puskesmas PONEK – Rumah Sakit PONEK

ANALISIS KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN DALAM RANGKA AKSELERASI PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN ANGKA KEMATIAN BAYI

(Turniani Laksmiarti, Betty Rooshermiati
Cholis Bachrun, Gurindro Putro, Setia Pranata)

ABSTRAK

Penelitian ini dilaksanakan untuk menganalisis kebijakan-kebijakan yang telah diterbitkan oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah dalam rangka penurunan Angka Kematian Ibu(AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), mengingat AKI dan AKB di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan dengan negara Asean lainnya. Di Indonesia masalah AKI dan AKB pada setiap tahun terdapat sekitar 171.000 ibu dan bayi meninggal atau setiap hari terjadi 468 ibu dan bayi meninggal. Target sasaran yang akan dicapai pada tahun 2009 adalah AKI 226 per 100.000 kelahiran hidup, AKB adalah 25 per 1000 kelahiran hidup.

Disain Penelitian adalah *diskriptif* yang menganalisis kebijakan yang telah berlaku dimasa lampau atau yang berlaku hingga saat ini (*retrospektif*). Metode pengumpulan data yaitu data primer dilakukan dengan wawancara mendalam pada penentu kebijakan di Kabupaten/ Kota dan data sekunder dengan mengumpulkan kebijakan, peraturan-peraturan, standard-standard yang telah diterbitkan, selanjutnya dianalisis dengan *content analysis*. Lokasi penelitian pada 3 Provinsi yaitu Provinsi Jawa Timur, Kalimantan Selatan dan Sulawesi Utara dengan waktu penelitian 10 bulan.

Hasil penelitian terlihat hampir semua kebijakan kesehatan di Provinsi maupun Kabupaten/Kota dilandasi oleh kebijakan nasional: 1).UU Nomor 23/92 tentang Kesehatan ,2). PP Nomor 7/2005 tentang RPJMN 2004-2009 Bab 28, 3). Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 131/MenKes/SK/II/04 tentang SKN,4). Kep.MenKes Nomor 1202/MenKes/SK/VIII/03 tentang Indonesia Sehat pada tahun 2010, 5). Kep MenKes Nomor 932/MenKes/SK/VIII/03 tentang Juklak Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah, 6) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 572/1996, dimana Bidan di desa telah diberi wewenang untuk menangani komplikasi kehamilan dan persalinan tertent, 7). Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/2003 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Hal ini merefleksikan taat azas dan loyalitas yang sangat tinggi terhadap kebijakan kesehatan Pemerintah Pusat. Dengan demikian tingginya azas dan loyalitas Pemerintah Provinsi dan Daerah terhadap kebijakan Kesehatan Nasional/ Pemerintah Pusat, merupakan efektifnya administrasi pemerintah untuk mengkondisikan Pemerintah Daerah.

Beberapa Kebijakan yang telah diterbitkan oleh Pemerintah Daerah dalam Penurunan AKI dan AKB adalah Surat Keputusan Pemerintah Daerah tentang Gerakan Sayang Ibu, Standard Pelayanan Minimal, Audit Maternal Perinatal, Puskesmas Pelayanan Obstreti-Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Retribusi Pelayanan Kesehatan. Dari data sekunder yang didapat terhadap pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak menunjukkan bahwa rata-rata rujukan ibu hamil resiko tinggi

pada Daerah Penelitian masih cukup rendah. Alokasi anggaran Kesehatan pada Daerah Penelitian terhadap Anggaran Daerah berkisar 2,2 % - 8,7 %

Hasil penelitian merekomendasikan, sesuai dengan Undang-undang nomor 32 tahun 2004 yaitu agar Daerah diberikan kewenangan dalam merencanakan dan meng- implementasi Program Penurunan AKI dan AKB juga dilakukan Kesepakatan (MOU- Exit Strategy) antara Institusi Pemerintah Daerah (DinKes, BAPEKAB/KOT, Din Pemberdayaan Perempuan, DikNas) dengan Lembaga Suport (DPRD) terhadap Kebijakan Teknis Departemen Kesehatan tentang *Making Pregnace Safer (MPS)*.

Kata Kunci : Kebijakan – Retrospektif - Akselerasi Penurunan AKI dan AKB

ANALISA KUALITAS PELAYANAN ANC di PUSKESMAS

(studi kasus di Puskesmas di kabupaten Kediri dan kabupaten Tulungagung)

Wahyu Dwi Astuti, Andryansyah Arifin

ABSTRAK

Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan antenatal, telah dilakukan pengukuran kualitas pelayanan antenatal dengan metoda COPE (Client Oriented Provider Efficient). Pengukuran kualitas dengan metoda COPE menggunakan indikator terpenuhinya 7 hak ibu hamil dan 3 kebutuhan provider.

Hasil penelitian tentang kualitas pelayanan ibu hamil di kabupaten Kediri menunjukkan bahwa Pemenuhan hak ibu hamil masih kurang. Ibu hamil tidak mendapat Informasi tentang pelayanan (61,1%). (Informasi tentang kehamilan, Akses thd layanan, Informasi ttg pelayanan, Keamanan, Privacy & confidentiality, Dignity, Comfort & expression of opinion, Rujukan) masih kurang.. ibu hamil tidak mendapatkan Privacynya (63,0%). Di Kabupaten Tulungagung, bumil (61,5%) kurang merasa aman, serta (62,8%) kurang terjaga Privacy nya. Komitmen provider atau petugas kesehatan masih rendah. Sebesar (70,2%) provider tidak terpenuhi kebutuhan di supervisre oleh atasannya. Kebutuhan provider untuk mendapatkan Informasi terkini & pelatihan juga masih kurang.

Sehubungan dengan itu untuk meningkatkan kualitas pelayanan antenatal disarankan agar dilakukan pelatihan bagi bidan sehingga lebih mampu memenuhi 7hak ibu hamil yaitu hak untuk memperoleh a).Informasi tentang kesehatannya; b) Keterjangkuan pelayanan c) Informed choice; d) Safe service; e) Hak untuk dirahasiakan apa yang diketahui provider; f). Dignity, comfort and expression of opinion: g). Continuity of care serta peningkatan komitmen supervisor untuk memenuhi Tiga kebutuhan bidan yaitu: 1) Facilitative supervision and management. 2) Information, training and development; 3) Supplies, equipment and infrastruktur;

Kata kunci: kualitas pelayanan antenatal, hak ibuhamil, kebutuhan provider, COPE

ANALISIS KEBIJAKAN DAN STRATEGI PEMERINTAH UNTUK MENDUKUNG REFORMASI PUSKESMAS DALAM DESENTRALISASI

(Wasis Budiarto, Tety Rachmawati, Ristrini, Sarwanto, Agus Suprpto, S.K. Purwani)

A B S T R A K

Reformasi puskesmas yang merupakan langkah desentralisasi bidang kesehatan dan tertuang dalam SK Menkes No. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas merupakan bagian dari reformasi kesehatan (*health sector reform*), yang mencantumkan 3 (tiga) fungsi puskesmas yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan analisis kebijakan dan strategi pemerintah (pusat, provinsi, kab/kota) untuk mendukung reformasi puskesmas dalam desentralisasi.

Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptive-explorative* yang juga '*cross sectional*' yang akan melakukan kajian terhadap kebijakan dan strategi yang diterapkan dalam mendukung reformasi puskesmas serta dampaknya di masyarakat yang berupa dukungan dan perilaku pencarian pengobatan. Populasi penelitian ini adalah seluruh provinsi yang merupakan proyek-proyek fasilitasi desentralisasi, dan sampel dipilih 6 (enam) provinsi secara purposive yaitu DIY, Bengkulu, Kalsel, Sulsel, Kaltim dan Papua. Jumlah sampel puskesmas sebanyak 52, dan sampel karyawan 104 orang dan sampel pasien 167 orang. Sebagai unit analisis adalah provinsi, kabupaten/kota, puskesmas, dan orang. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, pengumpulan data sekunder, observasi, kuesioner bagi karyawan puskesmas, FGD dan metode "*exit Interview*" pasien. Analisis dilakukan secara deskriptif dan analisis kualitatif dilakukan melalui kualitatif-rasionalistik dan *expert judgment* dan data kualitatif juga dianalisis dengan pendekatan *framework*. Penelitian ini dilakukan selama 9 bulan (Maret s/d Nopember 2006)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan dan strategi pemerintah pusat (Depkes) dalam mendukung reformasi puskesmas lebih diarahkan pada upaya peningkatan fungsi dan azas, fasilitasi, penyusunan pedoman umum, standard, kriteria dan prosedur, membantu Pemerintah Provinsi dan Kab/Kota, melakukan lisensi, sertifikasi dan akreditasi sarana pelayanan kesehatan dalam rangka menjaga mutu. Kebijakan dan strategi pemerintah provinsi (Dinkes provinsi) dalam mendukung reformasi puskesmas dilakukan melalui menjaga keberlangsungan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, meningkatkan akses, meningkatkan mutu layanan kesehatan dasar, menyiapkan tenaga kesehatan yang kompeten serta menyelenggarakan '*capacity building*' dalam rangka menjaga keberlangsungan program-program reformasi puskesmas. Kebijakan dan strategi pemerintah kab/kota (Dinkes Kab/Kota) meliputi penataan struktur organisasi, pelatihan/pemantapan manajemen, penguatan sistem informasi dan pemanfaatan data untuk pengambilan keputusan, penyediaan dana operasional puskesmas termasuk dana pemeliharaan, melakukan pembinaan ke puskesmas dan mengupayakan keberadaan KKK di wilayah kerja puskesmas. Reformasi puskesmas dilakukan melalui reformasi SDM kesehatan, pembiayaan, upaya kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan reformasi manajemen kesehatan.

Untuk itu dalam rangka meningkatkan reformasi puskesmas secara nyata, maka perlu melakukan pematapan kelembagaan daerah termasuk UPT-UPT nya, merencanakan kebutuhan sumberdaya kesehatan (SDM, fasilitas, sarana, obat dan perbekalan kesehatan) dan melakukan kerjasama antar daerah khususnya yang berkaitan dengan pembinaan dan fasilitasi kesehatan di daerah

Kata kunci : Reformasi puskesmas; SPM kesehatan; Desentralisasi

PENGEMBANGAN MODEL PENINGKATAN KINERJA SISTEM KESEHATAN KABUPATEN / KOTA, SESUAI SISTEM KESEHATAN NASIONAL DAN DAERAH

(Yuslely Usman, Harimat Hendarwan, Ni Ketut Aryastami
Erwin Mustikowati, Wahyu Nugraheni, Mena Madayani)

ABSTRAK

Desentralisasi yang mulai dilaksanakan sejak awal 2001 lalu, membawa konsekuensi luas bagi semua sector, termasuk sector kesehatan. Ditandai dengan terbitnya UU No. 22 tahun 1999 dan UU no. 25 tahun 1999 (yang kemudian diperbaharui oleh UU No. 32 dan UU No. 33 tahun 2004), Indonesia telah memasuki era desentralisasi pemerintahan, termasuk desentralisasi di bidang kesehatan.

Di era desentralisasi, dinas kesehatan kabupaten dan kota dituntut untuk mampu melakukan fungsi pokok sistem kesehatan seperti:

1. Mengarahkan sektor kesehatan setempat (*stewardship*)
2. Manajemen sumber daya yang terbatas.
3. Penyediaan biaya yang memadai.
4. Melakukan pelayanan kesehatan.

Fungsi pokok sistem kesehatan ini diperlukan untuk mencapai tujuan kesehatan. European Foundation for Quality Management (EFQM) adalah suatu alat untuk mengukur kualitas manajemen di suatu institusi sehingga dapat diketahui kelemahan dan kekuatan dalam manajemen institusi tersebut. EFQM dikembangkan di Eropa yang telah terbukti dapat merumuskan manajemen yang excellent sehingga meningkatkan kinerja institusi. Penelitian ini menerapkan model EFQM ini dalam mengembangkan model peningkatan kinerja system kesehatan kabupaten / kota sesuai dengan SKN dan SKD.9 pilar yang ada di EFQM yaitu kepemimpinan, Kebijakan dan strategi, tenaga kerja (staff), Sumber daya dan kemitraan, proses, kepuasan pelanggan, kepuasan staff, dampak kepada masyarakat, hasil indikator kinerja, akan digunakan dalam mengukur kinerja system kesehatan dan membentuk rencana perbaikannya.

Tujuan umum: Mengaplikasikan EFQM model dalam peningkatan kerja sistem kesehatan kabupaten dan kota, sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional dan kesepakatan dalam Sistem Kesehatan Daerah

Metodologi penelitian: penelitian system kesehatan dengan design potong lintang di tiga dinas kesehatan yang terpilih berdasarkan HDI tinggi, sedang dan rendah yang berjumlah satu tiap tingkatan HDI. Analisis menggunakan metode EFQM yang dikenal dengan RADAR

Hasil: Kriteria yang digunakan untuk meningkatkan kinerja terdiri dari 9 kriteria yaitu kepemimpinan, kebijakan dan strategi, kepegawaian, kemitraan dan sumber daya, proses (lima kriteria ini disebut dengan *enables criteria*), kepuasan pelanggan, kepuasan staf, hasil social masyarakat, hasil kunci utama (empat kriteria ini disebut *result criteria*). Ada 5 subkriteria kepemimpinan agar menjadi organisasi yang terbaik yaitu: Kepala Dinas mengembangkan dan mensosialisasikan misi, visi, nilai-nilai, dan etika kerja di dinas kesehatan untuk membentuk budaya kerja unggulan; Keterlibatan pemimpin (termasuk eselon di bawah kepala dinas) secara personal dalam memastikan bahwa sistem manajemen dinas kesehatan dapat diterapkan dan berkembang secara berkesinambungan; Interaksi pemimpin (termasuk eselon di bawah kepala

dinas) dengan stakeholders (pelanggan, rekanan, Pemda, DPRD, dll); Pemimpin (termasuk eselon di bawah kepala dinas) menekankan dan mengupayakan terciptanya budaya kerja yang prima kepada seluruh staf; Pemimpin (termasuk eselon di bawah kepala dinas) dapat mengidentifikasi dan mengantisipasi perubahan serta berhasil menghadapi perubahan tersebut. Ada 4 subkriteria kebijakan dan strategi harus dipenuhi yaitu: Kebijakan dan Strategi yang dibuat berdasarkan kebutuhan dinas kesehatan baik untuk saat ini maupun untuk masa mendatang, serta dibuat sesuai dengan harapan stakeholders; Kebijakan dan Strategi yang dibentuk berdasarkan kinerja dinas kesehatan, hasil survey, proses pembelajaran dan faktor eksternal; Kebijakan dan Strategi dikembangkan, dikaji, dan diperbaharui; Kebijakan dan Strategi yang dikomunikasikan dan dijabarkan dalam suatu kerangka kerja dari prosedur-prosedur kunci. Ada 5 subkriteria kepegawaian harus dipenuhi yaitu: SDM direncanakan, dikelola dan dikembangkan; Pengetahuan dan kemampuan SDM diidentifikasi, dikembangkan dan dipertahankan; Staf terlibat aktif dan diberdayakan; Adanya komunikasi antara pegawai dan pemimpin; SDM mendapat imbalan yang sesuai, pengakuan dan rasa aman. Ada 5 subkriteria kemitraan dan manajemen sumber daya yang harus dipenuhi yaitu: Pengelolaan kemitraan dengan pihak luar; Pengelolaan keuangan; Pengelolaan bangunan, peralatan dan bahan-bahan; Pengelolaan teknologi; Pengelolaan Informasi dan Pengetahuan. Ada 5 subkriteria proses yang harus dipenuhi yaitu: Proses secara sistematis dirancang dan dikelola; Proses ditingkatkan, bila perlu dengan menggunakan inovasi untuk memenuhi kebutuhan klien/stakeholder lain; Produk dan pelayanan dirancang dan dikembangkan berdasarkan kebutuhan dan harapan pelanggan; Produk dan pelayanan dihasilkan dan diberikan pada pelanggan; Hubungan dengan klien dikelola dan ditingkatkan. Masing-masing kriteria hasil yaitu kepuasan pelanggan, staf dan hasil masyarakat serta indikator kunci harus memiliki kriteria Pengukuran Persepsi dan Indikator performan. Dari ketiga daerah yang diteliti, Kabupaten Tabanan mendapat nilai tertinggi (250), menyusul Kota Bandar Lampung (239) dan Kabupaten Belu (217).

Kesimpulan: Metode RFQM dapat digunakan di dinas kesehatan sebagai model untuk meningkatkan kinerja melalui perbaikan-perbaikan yang ditemukan setelah menganalisis dan menilai keadaan dengan metode EFQM.

STUDI TENTANG PERAN SERTA MASYARAKAT, LINTAS SEKTOR DAN SWASTA DALAM RANGKA REVITALISASI POSYANDU

(Herti Maryani, Rukmini, Yurika Fauzia Wardhani)

ABSTRAK

Untuk melaksanakan revitalisasi posyandu perlu menyertakan aspek pemberdayaan masyarakat secara konsisten dan menghimpun seluruh kegiatan masyarakat agar berperan serta secara aktif. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji peran serta masyarakat, lintas sektor, dan swasta dalam rangka revitalisasi posyandu. Aspek yang dikaji meliputi kepemimpinan, pengorganisasian dan kontribusi.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam menggunakan kuesioner dan penelusuran data sekunder dilakukan di dinas Kesehatan, Puskesmas, Kecamatan, serta Posyandu. Sampel penelitian di masing-masing Kabupaten adalah staf subdin Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) atau subdin Pemberdayaan Masyarakat (PM), kepala puskesmas, bidan, tenaga pelaksana gizi di puskesmas, kader, PKK atau Bu Lurah. Untuk lintas sektor kecamatan terdiri adalah staf PLKB, PPL, Kessos, Kasi Kemasyarakatan, maupun Dinas Pertanian atau Dinas Perkebunan dan Kehutanan. Sedangkan untuk swasta dilakukan wawancara kepada staf perusahaan atau dokter perusahaan. Data yang terkumpul dianalisa dan dinarasikan secara diskriptif.

Hasil penelitian secara umum adalah dengan adanya upaya revitalisasi posyandu, khususnya sejak ada dana revitalisasi pada tahun 2005, ada beberapa peningkatan dalam kegiatan posyandu. Sebagian posyandu telah melakukan lima program kegiatannya dengan baik, dan semua posyandu yang diteliti telah melakukan pengembangan kegiatan pelayanan posyandu yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat di daerah

Peran serta masyarakat yaitu tenaga kader, dana jimpitan serta penyediaan tempat pelayanan posyandu dirasa sangat mendukung. Peran serta lintas sektor kecamatan, seperti penyuluhan, penggerakan masyarakat, serta pemberian benih tanaman sudah berjalan sejak lama, namun masih bersifat insidental dan biasanya lebih aktif jika ada lomba. Sedangkan peran swasta yaitu memberikan kontribusi berupa uang tunai, susu, telur, gedung pelayanan posyandu serta PMT hanya diberikan kepada posyandu yang berada di wilayah sekitar perusahaan juga dirasakan sangat mendukung.

Untuk mewujudkan revitalisasi posyandu masih diperlukan beberapa upaya antara lain perekrutan kader baru, pelatihan/pembinaan rutin kader, peningkatan insentif kader, serta meningkatkan peran lintas sektor dan melakukan pendekatan dengan pihak swasta misalnya dengan melibatkan dalam rapat lintas sektor, dan upaya penggalan dana dari masyarakat.

Kata kunci : revitalisasi posyandu, peran serta masyarakat, kader.

STUDI UPAYA PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR PUSKESMAS DI KOTA MADIUN DAN KABUPATEN NGAWI.

(Lusi Kristiana, Ergia Latifolia, Agung Dwi Laksono)

ABSTRAK

Adanya kenyataan bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu masih jauh dari harapan masyarakat, serta berkembangnya kesadaran akan pentingnya mutu, maka UU Kesehatan nomor 23 tahun 1992 menekankan pentingnya upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Untuk itu perlu dilakukan suatu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya di tingkat pelayanan kesehatan dasar, yaitu puskesmas. Tujuan penelitian ini adalah untuk melakukan kajian tentang upaya pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas melalui analisis gap untuk menentukan tingkat kualitas jasa pelayanan puskesmas.

Disain penelitian adalah rancangan potong lintang (*cross sectional*), merupakan penelitian non intervensi yang dilakukan pada pihak manajemen puskesmas dan konsumen puskesmas (pasien). Setiap kota/kabupaten dipilih 2 puskesmas sebagai puskesmas penelitian. Responden untuk tiap puskesmas terdiri dari manajemen puskesmas dan konsumen. Untuk manajemen puskesmas, responden adalah total populasi yang meliputi kepala puskesmas, dokter pendamping dan penanggung jawab program puskesmas, jumlah total adalah 32 orang. Sedang untuk konsumen, responden adalah pasien puskesmas dalam kurun waktu dilakukannya pengumpulan data, sejumlah 192 orang berdasarkan perhitungan secara statistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari puskesmas penelitian baik di kota Madiun maupun kabupaten Ngawi menunjukkan adanya gap antara harapan konsumen (pasien) dengan pandangan Puskesmas tentang pelayanan kesehatan di Puskesmas, antara pandangan Puskesmas tentang pelayanan kesehatan Puskesmas dengan standar pelayanan kesehatan Puskesmas yang ada, antara standar pelayanan kesehatan Puskesmas yang ada dengan penyajian/pemberian pelayanan kesehatan yang dilakukan Puskesmas, dan antara pelayanan kesehatan yang dirasakan dengan pelayanan kesehatan yang diharapkan konsumen (pasien). Sedangkan antara pelayanan kesehatan oleh Puskesmas dengan komunikasi eksternal tentang

pelayanan kesehatan tidak terjadi gap. Adanya gap menunjukkan adanya ketidakpuasan konsumen terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas.

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa masih terdapat gap yang menimbulkan ketidakpuasan konsumen terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas. Oleh karena itu perlu kiranya puskesmas memperhatikan gap yang ada serta mencari tahu apa yang menjadi penyebab guna meningkatkan kualitas pelayanan puskesmas selanjutnya. Tidak adanya gap pelayanan kesehatan oleh Puskesmas dengan komunikasi eksternal tentang pelayanan, perlu dicermati secara lebih mendalam, apakah memang benar-benar tidak ada gap ataukah ada sebab lain. Disamping itu kiranya manajemen puskesmas perlu lebih meningkatkan kegiatan pemasaran puskesmas.

Kata Kunci: kualitas – pelayanan – kesenjangan – puskesmas - kepuasan

STUDI ANALISIS PEMBIAYAAN POSYANDU MANDIRI

(Yurika Fauzia WardhaniErgia Latifolia,
Agung Dwi Laksono)

Abstrak

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh untuk dan bersama masyarakat. UKBM diselenggarakan pada pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Untuk membuat sebuah posyandu menjadi Posyandu Mandiri, dan menjaganya agar tetap berjalan, dibutuhkan sumber daya yang beragam, mulai dari SDM manusia, dana, peralatan, tata cara dan sosialisasi yang baik kepada masyarakat. Oleh karena itu perlu dilakukan analisis pembiayaan posyandu secara tepat agar dapat diperoleh data yang akurat tentang dana yang dibutuhkan untuk pengembangan posyandu menjadi Posyandu Mandiri.

Penelitian dilaksanakan di Jawa Timur, yaitu di Kabupaten Karanganyar dan Kabupaten Klaten, masing-masing diambil 3 Puskesmas dan 3 Posyand penelitian. Waktu penelitian selama 10 bulan pada tahun 2006. Disain penelitian adalah rancangan potong lintang (*cross sectional*), jenis penelitian non intervensi. Responden untuk tiap kabupaten adalah staf dinas kesehatan yang salah satu bidang kerjanya adalah menangani posyandu, responden untuk tingkat puskesmas adalah kepala puskesmas dan staff puskesmas yang salah satu bidag kerjanya hādala menangani posyandu, sedangkan responden untuk tingkat posyandu adalah koordinator kader dan kader di posyandu.

Dari studi ini diperoleh gambaran bahwa untuk mendirikan dan mengoperasikan sebuah posyandu di Kabupaten Karanganyar dibutuhkan biaya sebesar Rp. 2.948.041,-, sedangkan untuk mendirikan dan mengoperasikan sebuah posyandu di Kabupaten Klaten membutuhkan biaya sebesar Rp. 2,197,039,-. Jika dibandingkan, biaya pendirian dan pengoperasian posyandu di Kabupaten Karanganyar lebih besar bila dibanding dengan Kabupaten Klaten, akan tetapi prosentase penyerapan di tingkat posyandu di kabupaten Klaten lebih besar dibandingkan kabupaten Karanganyar (94,80% > 89,83%). Pada kedua kabupaten, semakin rendah tingkat pembiayaan, semakin tinggi biaya yang dibutuhkan untuk mengelola sebuah posyandu (kebutuhan biaya di tingkat posyandu lebih tinggi bila dibandingkan di tingkat kabupaten).

Kata Kunci : Pembiayaan, Posyandu Mandiri

UPAYA PENINGKATAN KOORDINASI PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI
DAN PELAYANAN PENYAKIT INFEKSI MENULAR SEKSUAL DAN HIV/AIDS
DI PUSKESMAS UNTUK MEMPERCEPAT PENURUNAN AKI DAN AKB

(Widjiartini)

ABSTRAK

Kematian Ibu saat ini tidak hanya karena melahirkan tetapi juga karena AIDS, terlihat dari prevalensi HIV/AIDS dikalangan ibu rumah tangga yang terus meningkat diiringi dengan makin banyaknya ditemukan bayi positif HIV. Menurut WHO (2005), salah satu dari 8 upaya intervensi efektif di sektor kesehatan untuk mempercepat penurunan kematian ibu adalah melalui koordinasi pelayanan kesehatan reproduksi dan manajemen IMS- HIV/AIDS.

Tujuan dari penelitian ini adalah meningkatkan upaya koordinasi pelayanan Kesehatan Reproduksi dan IMS-HIV/AIDS di Puskesmas. Penelitian ini merupakan penelitian eksplorasi dengan populasi adalah petugas Kabupaten/Kota dan Puskesmas yang membidangi kesehatan Reproduksi dan IMS dan HIV/AIDS . Lokasi Penelitian adalah Surabaya, Malang, Blitar, Tulungagung, Semarang, Surakarta, Denpasar dan Batam. Cara pengumpulan data adalah dengan diskusi terarah, wawancara mendalam dan penelusuran data sekunder. Data dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan tujuan penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kompetensi petugas sebagian besar adalah cukup. Belum banyak petugas yang tahu tentang pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif, termasuk didalamnya pelayanan IMS - HIV/AIDS dengan Pelayanan kesehatan reproduksi essential yaitu one stop services yang terintegrasi. Pelayanan yang dilakukan masih terkotak-kotak untuk mencapai indikator yang sudah ditentukan.. Belum ada prosedur kerja tetap yang terintegrasi.

Rekomendasi untuk melaksanakan kesehatan Reproduksi Essential/terpadu perlu SDM yang terampil untuk pelayanan terpadu Kesehatan Reproduksi dan IMS-HIV/AIDS. Perlu dibuatkan prosedur kerja tetap untuk itu disamping pemenuhan sarana & prasarana penunjang (laboratorium sederhana, peralatan untuk rapid tes dan obat-obatan untuk IMS termasuk HIV/AIDS). Membangun Sistem Rujukan pelayanan dan payung kebijakan untuk berjejaring dengan mitra

Kata Kunci : Upaya koordinasi, Kesehatan Reproduksi, IMS-HIV/AIDS

KAJIAN TENTANG HARGA OBAT YANG RASIONAL UNTUK PELAYANAN KESEHATAN DASAR

(Selma Siahaan, Martuti Budiharto, SAM Tjerita, Noor Edy Widya, Tati Suryati,
Rini Sasanti, Raharni, Bachron Arifin)

ABSTRAK

Masalah harga obat sangat erat kaitannya dengan akses masyarakat terhadap obat. Harga obat yang tinggi dapat berdampak rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, karena kontribusi obat dalam pelayanan kesehatan besar.

Penelitian mengenai harga obat telah beberapa kali dilakukan, dan selalu memperlihatkan gambaran bahwa harga obat di Indonesia cukup tinggi. Penelitian yang dilakukan Badan Litbang DepKes dan WHO dan HAI pada tahun 2004 yang lalu bahkan menunjukkan bahwa harga obat di Indonesia untuk seluruh sektor (publik dan swasta) mayoritas diatas standar harga International.

Selama tahun 2006 dilakukan lagi studi harga obat yang lebih komprehensif untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingginya harga obat. Tujuan umum dari studi ini adalah mengembangkan model perhitungan harga obat yang rasional. Untuk itu, variabel yang mungkin berpengaruh terhadap harga obat dinilai, yaitu harga beli obat, komponen harga obat, ketersediaan, sistem pengadaan, dan jarak. Untuk menilai variabel tersebut dilakukan pengambilan sampel pada fasilitas kesehatan, yaitu: dinas kesehatan, puskesmas, rumah sakit, apotek dan distributor secara kuantitatif dan kualitatif. Survey dilakukan secara nasional mulai dari Pusat (DKI Jakarta), Indonesia Barat (Riau), Indonesia tengah (Kalimantan Selatan), dan Papua (Indonesia Timur). Dilakukan juga kajian terhadap kebijakan harga obat yang sudah ada.

Ternyata hasil studi memperlihatkan bahwa sistem pengadaan dan jarak tidak berpengaruh terhadap harga dan ketersediaan obat. Harga obat di pusat tidak lebih rendah dari pada bagian lain Indonesia, demikian juga ketersediaan obat di pusat tidak lebih baik di pusat dari bagian lain. Sistem pengadaan obat (tender dan non tender) juga tidak berpengaruh terhadap harga obat.

Komitmen pemerintah daerah terhadap kesehatan berpengaruh dalam hal ketersediaan dan kecukupan obat. Papua yang APBD nya terendah dibandingkan Indonesia bagian lain ternyata kecukupan obatnya tertinggi, hal ini karena % belanja kesehatan terhadap APBD nya juga paling tinggi.

Akan tetapi hasil studi menunjukkan bahwa pengadaan obat PKD sektor publik masih kurang efisien, hal ini terlihat dari harga pengadaan obat untuk puskesmas relatif lebih tinggi dari harga pengadaan obat untuk apotek dan rumah sakit.

Faktor pajak dan diskon ternyata merupakan komponen obat yang sangat berpengaruh terhadap harga obat.

Studi ini merekomendasikan model obat dari sisi *demand* dan sisi *supply*, antara lain perhitungan harga tender obat untuk sektor pemerintah sebaiknya dibawah harga patokan dari Departemene Kesehatan, penghapusan pajak dan diskon dari perhitungan harga obat, adanya pengaturan dari pemerintah mengenai selisih harga beli dan harga jual eceran, dan penetapan harga obat *branded* yang mengacu kepada standard harga international, serta rekomendasi lain yaitu pentingnya kontrol kualitas terhadap pengadaan obat publik dan perlunya strategi advokasi penghapusan yang *focused* yang melibatkan partisipasi masyarakat.

Kata kunci : harga obat, pelayanan kesehatan dasar (PKD), rasional dan pajak.

STUDI UPAYA PENGEMBANGAN POSYANDU MANDIRI DI PROPINSI JAWA TENGAH

(Adianti Handajani, Rukmini, Umi Muzakkiroh)

ABSTRAK

Posyandu Mandiri yang merupakan kriteria optimalisasi kinerja Posyandu masih sedikit jumlahnya di Indonesia. Padahal optimalnya kinerja Posyandu sangat membantu dalam penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia. Sehubungan permasalahan tersebut perlu dilakukan suatu kajian tentang bagaimana upaya pengembangan Posyandu strata Madya dan Purnama menjadi Posyandu Mandiri. Tujuan umum penelitian adalah untuk mengkaji upaya mengembangkan Posyandu Madya dan Purnama menjadi Posyandu Mandiri. Sedangkan tujuan khusus adalah mengkaji input, pelaksanaan kegiatan, pengelolaan, kegiatan inovatif, Sistem Informasi Posyandu, pembinaan, serta mengkaji faktor pendukung dan penghambat dalam upaya pengembangan menjadi Posyandu Mandiri. Penelitian ini adalah penelitian terapan dengan tehnik pengambilan sampel "*purposive*". Unit analisa adalah Posyandu. Lokasi Penelitian Kab.Karanganyar sebagai daerah binaan Posyandu Jawa Tengah dan Kab.Lumajang sebagai daerah Posyandu terbaik di Jawa Timur. Pelaksanaan penelitian 8 bulan. Analisis data secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengkaderan di kedua Kabupaten sudah berjalan baik. Sumber dana terbesar Kab.Lumajang berasal dari APBD (Gerbang Mas), sedangkan Kab.Karanganyar lebih menerapkan penggalian dana masyarakat dengan pengolahan sumber daya sekitar. Tempat kegiatan yang menetap, peralatan kesehatan, dan obat-obatan masih sedikit jumlahnya baik di Posyandu Madya dan Purnama kedua Kabupaten. Jadwal buka sudah melebihi 10 kali setiap tahunnya. Kegiatan 5 program telah berjalan baik, meski penyuluhan kelompok/perorangan, pertemuan pasca pelayanan, dan penilaian penyajian data belum sepenuhnya dilaksanakan di Posyandu Madya. Rata-rata cakupan sudah mencukupi, meski masih ada beberapa yang harus ditingkatkan. Cakupan dana sehat masih sangat rendah di kedua Kabupaten, karena belum semua Posyandu melaksanakannya dengan benar. Pengembangan kegiatan hampir sama, yakni ± 2 di Posyandu Madya dan $\pm 3-5$ macam di Posyandu Purnama. Permasalahan pengembangan upaya inovatif adalah belum adanya sistem koordinasi yang baik dari tiap kegiatan, belum ada tempat pemasaran, dan sistem 'bapak angkat' yang mau

mengambil/menampung hasil bumi dan kerajinan dari Posyandu. Permasalahan sistem informasi di Lumajang adalah bentuk format register yang hampir sama antara Dinkes Kabupaten dan PKK Kabupaten, sedangkan di Karanganyar adalah droping buku PKK yang masih terbatas. Pembinaan di Lumajang berjalan rutin melalui pembentukan tim Posyandu di Kecamatan/Desa, sedangkan Karanganyar belum ada tim khusus dalam kepengurusan Posyandu.

Kata kunci : *Posyandu Madya-Purnama-Mandiri*

STUDI PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN DI PPK STRATA 1 DAN PPK RUJUKAN TK.I PADA KASUS RAWAT INAP PASIEN JAMINAN KESEHATAN KELUARGA MISKIN

(Tati Suryati, Ratih Ariningrum, Ervien Mustikowati
Endang Indriasih, Yuslely Usman, Ibnu Priyadi)

ABSTRAK

Untuk terlaksana program Jaminan kesehatan Masyarakat Miskin secara efektif dan efisien telah dibuat pedoman untuk memberikan petunjuk secara umum kepada semua pihak terkait tentang mekanisme pelaksanaan “program pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rujukan Rawat Inap kl.III rumah sakit yang dijamin pemerintah .

Penelitian ini akan melihat kepatuhan PPK dalam melaksanakan ketentuan MANLAK khususnya dalam pemberian pelayanan kasus rawat inap di PPK tk.I/puskesmas dan PPK Rujukan Tk.I /RSUD , mutu layanan yang diberikan, kepuasan pasien masykin dan motivasi petugas serta pelaksanaan mekanisme *safeguarding*.

Disain penelitian Cross-Sectional, jenis penelitian adalah studi kuantitatif dan kualitatif. Penelitian akan dilakukan di beberapa daerah yang mewakili berbagai tingkat HDI di Indonesia yaitu: Prop.Riau - Kab.Kampar, Prop. Bengkulu - Kab.Argamakmur, Propinsi Kalimantan Barat – Kota.Pontianak.

Hasil : Program umumnya agak terganggu pelaksanaannya karna proses pemahaman MANLAK oleh petugas yang kurang ditambah adanya kendala antara lain; adanya pembuatan MOU antara PPK dan PT.ASKES, pengiriman obat yang telat dari pusat , tersendatnya aliran dana *safeguarding* serta belum semua PEMDA menyediakan dana untuk menanggung biaya kelebihan kuota masykin didaerahnya.

Belum semua ketentuan yang ada di MANLAK untuk tahun 2005 dapat dilaksanakan. Kesesuaian pelayanan sesuai SOP *Medis* hanya untuk kasus yang ringan. Hampir tidak terdapat hambatan yang berarti dalam pemberian pelayanan pasien ASKESKIN baik di RSUD maupaun di puskesmas.Hasil skoring kepuasan pasien rawat inap di RSUD dan puskesmas rawat inap menunjukkan rata-rata cukup puas dengan pelayanan yang diberikan. Hasil skoring motivasi petugas RSUD rata-rata 50% petugas dengan skor motivasi baik dan puskesmas rata-rata 60% petugas motivasi baik. Pelaksanaan mekanisme *safeguarding* belum maksimal. Isi MANLAK masih banyak yang perlu di sempurnakan dan ditambahkan diantaranya aturan untuk jasa medik dan keperawatan. Perlu upaya-upaya peningkatan manajemen agar agar verifikasi dapat cepat

diterima..Untuk kesesuaian pelayanan dengan SOP perlu ditunjang dengan kelengkapan sarana yang sesuai standar. Perlu dukungan stakeholder dan peningkatan kemampuan tim *safeguarding*.